

健康 保 険 組 合 の 記 入 欄	資格取得日	平成・令和	年	月	日	
	資格喪失日	平成・令和	年	月	日	
	扶養認定日	平成・令和	年	月	日	
	支給額					円
	支払年月日	令和	年	月	日	

支給支払決議書			
常務理事	事務長	経理担当	給付担当
備考			



[1] 被保険者
 被扶養者

移送費申請書

[2]被保険者証の 記号-番号	—		[3]事業所 の名称		
[4]移送を受けた 者の氏名			[5]被保険 者との続柄	[6]生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
[7]傷病名				[8]発病又は 負傷の年月日	平成 令和 年 月 日
[9]発病又は 負傷の原因					
[10]移転の経路 及び方法				[11]移送に要した 費用	円
[12]付添人の 氏名と住所	氏名			住所	〒
[13]第三者行為 に因る時はその 事実					
[14]第三者の 氏名及び住所	氏名			住所	〒
[15]被保険者 名義の振込先 金融機関	預金種別	1 普通	銀行 信組		本店
		2 当座	金庫 農協		支店 (フリガナ)
	支店コード		※ゆうちょ不可	口座番号	出張所 (名義)

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒

被保険者の 住所
氏名
TEL

印

ひかり健康保険組合理事長 殿

医師 又は 歯科 医師の 意見	[16]緊急移送を 必要と認めた理由	
	[17]医師等の付添を 必要と認めた理由	
	[18]入院した医療機関 の名称	
	[19]入院した期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間
	[20]移送の経路 及び方法	

上記のとおり相違ありません。
 令和 年 月 日
 〒
 住所
 医師又は歯科医師の
 氏名 ㊤
 TEL ひかり健康保険組合理事長 殿

委 任 状	私は 令和 年 月 日 請求した 被保険者 移送費のうち 金 円 他の受領に関すること。 〒 住所 被保険者の 氏名 ㊤ TEL 〒 住所 代理人の 氏名 ㊤ TEL		を代理人と定め、次の権限を委任する。

振込先 金融機 関	預金種別	1 普通 2 当座	銀行 信組 金庫 農協	本店 支店 出張所	口座名義 (フリガナ) (名義)
	支店 コード		口座番号		

領 収 証	金 円 他 但し うえの金額を領収いたしました。 令和 年 月 日 ひかり健康保険組合理事長 殿 〒 住所 受領者 氏名 ㊤ TEL	

(注) (1) この請求書には、移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付してください。
 (2) 上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を記した翻訳文を添付してください。

記入例

【記入する際の注意】

- 黒のボールペンで記入してください。 ※鉛筆、修正テープ、消えるボールペンは使用しないでください。
- 記入内容を訂正する場合は、間違えた部分に二重線を引いてご本人の印鑑を押してください。 例) 〒××××-〇〇〇〇

△△△△

光

健康 保 険 組 合 の 記 入 欄	資格取得日	平成・令和	年	月	日	支給支払決議書				
	資格喪失日	平成・令和	年	健康保険組合の記入欄			長	経理担当	給付担当	
	扶養認定日	平成・令和	年							
	支給額									
	支払年月日	令和	年	月	日	備考				

受付印

[1] 被保険者
 被扶養者

移送費申請書

[2]被保険者証の 記号-番号	1	-	12345	[3]事業所 の名称	株式会社〇×通信									
[4]移送を受けた 者の氏名	光太郎		[5]被保険 者との続柄	本人	[6]生年月日	昭和 平成 令和	54	年	7	月	1	日		
[7]傷病名	慢性肝不全				[8]発病又は 負傷の年月日	平成 令和	1	年	5	月	5	日		
[9]発病又は 負傷の原因	原因は不明。全身状態が不良で歩行困難な状況で、高度な治療が必要となっていた。 容態が急変する可能性があり、緊急を要していた。													
[10]移転の経路 及び方法	豊島総合病院から神田大学病院まで タクシーにて移動				[11]移送に要した 費用	16,500						円		
[12]付添人の 氏名と住所	氏名	光花子		住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都豊島区〇〇町×××-△△									
[13]第三者行為 に因る時はその 事実														
[14]第三者の 氏名及び住所	氏名			住所	〒									
[15]被保険者 名義の振込先 金融機関	預金種別	1 普通	三菱UFJ		銀行	信組	池袋西口		本店	口座名義				
	2 当座	※ゆうちょ不可		金庫	農協	支店	(フリガナ)		ヒカリ タロウ					
支店 コード	4	5	6	口座番号		1	2	3	4	5	6	7	(名義)	光太郎

上記のとおり申請します。

令和 1 年 5 月 29 日

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

被保険者の

住所 東京都豊島区〇〇町×××-△△

氏名 光太郎

光

TEL 090 - 〇〇〇〇 - ××××

ひかり健康保険組合理事長 殿

医師 又は 歯科 医師 の 意見	[16]緊急移送を 必要と認めた理由	
	[17]医師等の付添を 必要と認めた理由	
	[18]入院した医療機関 の名称	
	[19]入院した期間	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 医師の記入欄 </div> <small>から</small> <small>まで</small> 日間
	[20]移送の経路 及び方法	

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

〒

住所

医師又は歯科医師の

氏名 Ⓜ

TEL ひかり健康保険組合理事長 殿

委 任 状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	令和 年 月 日請求した	被保険者 移送費のうち
	金	円 他の受領に関すること。
		〒
	被保険者の	住所
		氏名 Ⓜ
		TEL
		〒
	代理人の	住所
		氏名 Ⓜ
		TEL

振込先 金融機 関	預金種別	1 普通 2 当座	銀行 信組 金庫 農協	本店 支店 出張所	口座名義
	支店コード		※ゆうちょ不可		(フリガナ) (名義)
			口座番号		

領 収 証	金	円 他 但 し
	うえの金額を領収いたしました。	
	ひかり健康保険組合理事長 殿	令和 年 月 日
		〒
	受領者	住所
		氏名 Ⓜ
		TEL

(注) (1) この請求書には、移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付してください。
(2) 上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を記した翻訳文を添付してください。